TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

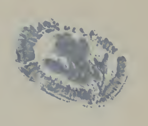
DU

Dr YAHYA ADLE

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, Boulevard St-Germain, 91

1939





TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr YAHYA ADLE

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1939

TITRES UNIVERSITAIRES
ET
TITRES HOSPITALIERS

Externe des hôpitaux de Paris 1931.

Interne des hôpitaux de Paris, 1934.

Docteur en Médecine 1938.

Lauréat de la Faculté de Médecine-Médaille d'argent, 1938.

Membre de la Société d'Anatomie, 1938.

Assistant du Professeur Grégoire à l'hôpital Saint-Antoine.

TRAVAUX CONCERNANT LA PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Hématocolpos avec hématométrie et hématosalpinx (en collaboration avec Delinotte et Des Mesnards). *In Annales d'Anatomie*, juin 1938.

Cette communication a trait à un cas d'hématocolpos avec hématométrie ayant donné une rétention d'urine.

Il s'agissait, en effet, d'une jeune fille âgée de 16 ans, venue consulter à l'hôpital Saint-Antoine pour une rétention aiguë d'urine datant de plus de vingt-quatre heures.

L'interrogatoire révèle que cette jeune fille n'a jamais été réglée et qu'elle a subi, sans succès, divers traitements emménagogues.

En outre elle dit présenter assez fréquemment des douleurs abdominales à type de coliques durant 2 ou 3 jours.

A l'examen on trouve un globe vésical remontant à l'ombilic.

Lorsqu'on veut faire un toucher, on s'aperçoit

qu'il existe un hymen imperforé, bleuté, bombant sous une collection vaginale.

Après sondage la palpation combinée au toucher rectal montre l'existence d'une grosse masse à la fois utérine et vaginale bombant dans le rectum et remontant environ à quatre travers de doigts au-dessus du pubis et à gauche de la ligne médiane. En outre, à droite de cette masse, on délimite une autre masse arrondie du volume d'une orange, sensible à la palpation.

On pense à un hématosalpinx. On pratique alors l'incision de l'hymen. Issue d'une grosse quantité de liquide sirupeux, couleur chocolat, incoagulable. Le lendemain l'utérus avait repris son volume normal et le quatrième jour la masse arrondic signalée à droite de l'utérus avait disparu.

Il s'agissait donc bien d'un hématosalpinx qui s'était vidé après incision de l'hymen.

Fibrome de la cloison utéro-vésicale (en collaboration avec P. Delinotte et L. Léger). *In Annales d'Anatomie*, avril 1938.

Il s'agit d'un cas rare de fibrome de la cloison utéro-vésicale qui se traduisait en clinique par des douleurs survenant lors des rapports sexucls — les douleurs à type d'algies profondes sans irradiation particulière survenaient à l'occasion des traumatismes. Au toucher vaginal on note l'existence, à la jonction des culs-de-sac latéral gauche et antérieur une petite tumeur du volume d'une noisette ;

cette tumeur un peu irrégulière, ferme, est totalement indépendante de l'utérus.

Nous avions soulevé le diagnostic possible d'un endométriome. A l'intervention nous avons trouvé dans la cloison vésico-utérine une tumeur non adhérente et se laissant aisément énucléer.

Les suites opératoires furent simples. L'examen histologique montra une tumeur fibromateuse sans signe de malignité.

Fistule biliaire spontanée avec migration de calcul dans la paroi.
In Bulletin de la société anatomique, janvier 1938.

Nous avons rapporté l'observation d'une fistule biliaire qui pendant longtemps avait été l'objet de multiples erreurs de diagnostic. Même un examen radiologique après injection de lipiodol n'avait pas dirigé le diagnostic.

Il s'agissait d'un homme de cinquante-six ans, entré dans le service de notre maître Moure, le 27 novembre 1935.

Le malade est envoyé par son chirurgien, pour une fistule située dans l'hypocondre droit à 3 centimètres au-dessus et en dedans de l'épine I. A. S.

L'orifice est au centre d'une dépression rougeâtre. Il s'en écoule une sérosité claire. Le stylet pénètre environ à 1 centimètre.

C'est en mars 1935 que le malade a remarqué une petite tuméfaction du volume d'une noisette au-dessous du rebord costal droit, tuméfaction absolument indolore.

Deux mois après, la tumeur a augmenté de volume, est devenue rouge, saillante, douloureuse et s'est fistulisée.

A ce moment, il s'en serait écoulé du liquide épais, jaunâtre, puis progressivement, l'orifice de la fistule s'est rétréci et le liquide est devenu clair.

L'interrogatoire à cette période avait décelé quelques petites crises de coliques hépatiques.

Une radiographie pratiquée à cette période montrait une image annulaire de la grosseur d'une pièce de 50 centimes, située à 3 centimètres en dehors du bord droit de L_2.

Malgré la radiographie, le médecin du malade, se basant sur les caractères de la fistule et du liquide qui s'en écoulait, avait porté le diagnostic de fistule tuberculeuse d'origine costale.

Deux mois après, le malade est entré dans le service du professeur agrégé Moure.

L'examen à cette période montrait, en dehors de la fistule, un bon état général.

Foie : volume normal, indolore, pas de point vésiculaire.

Rate : non percutable.

Le reste dc l'examen est négatif.

Une radiographie montre une image comparable à celle déjà décrite.

Après ingestion de tétraiode, la vésicule n'est pas injectée. Une injection lipiodolée de la fistule donne peu de rcnseignements. Le liquide, après

un trajet de 1 centimètre, s'étale sous la paroi, puis remonte, se dirigeant vers la onzième côte.

Une intervention exploratrice est décidée.

Première intervention. — Excision au bistouri électrique de la fistule avec son orifice cutané. On la dissèque, elle s'enfonce dans la paroi. On encoche le bord externe du muscle droit. On sent alors une induration profonde qui fait présager l'existence d'un calcul. On fend les plans fibreux et on extrait un gros calcul à facettes ; il est dans une loge à parois fongeuses, entouré de pus. Le doigt s'enfonce dans un pertuis étroit qui communique vraisemblablement avec la vésicule dans laquelle on trouve un calcul qui est extrait après morcellement. On place un drain dans ce pertuis, une mèche dans la plaie. On laisse tout ouvert.

Les suites opératoires furent simples et une deuxième intervention fut pratiquée le 21 février 1936. On fit l'ablation de la vésicule qui était petite, à paroi très épaisse et contenait un petit calcul.

A la suite de cette seconde intervention, la guérison fut obtenue en vingt jours. Depuis, le malade se porte parfaitement bien.

Nous avons insisté sur la difficulté et l'utilité de fragmenter les temps opératoires.

Infarctus de l'intestin grêle par artériolite chez un syphilitique (en collaboration avec Delinotte et Des Mesnards). *In Annales d'Anatomie Pathologique*, juin 1938.

Le titre même de cette observation en relate les faits essentiels. Il s'agissait d'un malade de 56 ans atteint d'une syphilis ancienne et traitée.

Ce malade présente des crises douloureuses généralisées à tout l'abdomen. Ces crises autrefois passagères sont depuis 2 jours permanentes et d'une intensité accrue. A l'examen on se trouve en présence d'un malade dont l'abdomen respire mal. La palpation est douloureuse, surtout dans la fosse iliaque droite. Pas de matité déclive. Le toucher rectal est douloureux au niveau du cul-de-sac de Douglas. Température 38°. Pouls 110. T. A. 14-8. On pose le diagnostic d'appendicite.

Intervention.

Mac Burney.

A l'ouverture du péritoine, issue de liquide séro-purulent d'odeur putride.

Appendice sain. Ablation néanmoins, catgut et thermo.

On examine alors la terminaison du grêle et on trouve celui-ci *infarci*, couleur feuille morte, avec de nombreuses plaques de sphacèle sur une longueur de 30 centimètres environ : ses limites avec l'intestin sain ne sont pas franches. La zone infarcie se termine environ 10 centimètres en amont de la valvule.

La palpation des artères droites et de l'arcade

bordante montre l'abolition des battements au niveau de la zone infarcie, leur nette diminution au niveau des autres anses grêles.

La palpation de la mésentérique supérieure permet de la sentir battre depuis son origine jusqu'à 5 centimètres environ du grêle : elle s'arrête de battre à ce niveau.

On fait pratiquer une injection d'adrénaline de 0 gr. 001.

Aucun changement au niveau de la mésentérique, ni des arcades bordantes.

On résèque alors 45 centimètres d'intestin grêle et on pratique une anastomose termino-terminale à 1 cm. 1/2 du cæcum.

Les tranches de suture *saignent peu.*

On infiltre à la novocaïne la région mésentérique avoisinant la zone réséquée.

A la fin de l'intervention, les autres anses grêles paraissent changer de teinte, être plus ternes.

Fermeture en un plan.

On ne suture pas la peau.

Les suites opératoires :

Le 2 avril 1938, malade un peu ballonné, pas d'émission de gaz.

Par ailleurs, bon état général.

Acétylcholine. Adrénaline.

Le 3 avril 1938, toujours ballonné et pas de gaz : se plaint de coliques.

Décès brusque vers 6 heures.

Autopsie. — Elle montre un sphacèle de tout

l'intestin grêle ; néanmoins ce processus semble nettement moins avancé au niveau de la dernière anse grêle, au pourtour de l'anastomose termino-terminale qui a bien tenu. Cette région avait été infiltrée à la novocaïne.

Par ailleurs, l'examen des viscères ne montre aucune lésion.

Cœur : normal, pas de lésion des coronaires.

Aorte : normale, pas de lésions des coronaires.

Artère mésentérique : paraît normale mascroscopiquement. Rein, foie, rate : normaux.

EXAMEN MICROSCOPIQUE.

1° COUPES DE L'INTESTIN. — a) *Muqueuse :* La muqueuse est nécrosée, l'architecture en est méconnaissable.

Les tubes glandulaires sont transformés en une masse amorphe prenant mal les colorants et dépourvue de noyaux.

b) *La sous-muqueuse* et *la musculeuse* sont infiltrées de cellules inflammatoires : lymphocytes, plasmocytes, macrophages et surtout polynucléaires.

Les vaisseaux de la sous-muqueuse sont remplis de sang.

2° COUPES AU NIVEAU DU MÉSO. — Les artérioles présentent des lésions d'endartérite oblitérante caractérisée par un épaississement considérable de la couche sous-endothéliale déterminant un rétrécissement de la lumière des artères tel que certains sont complètement oblitérés. On n'observe aucun caractère de thrombose organisée ancienne.

Les veines sont obstruées par les éléments du sang, mais sans formation de caillots.

Résumé. — Nécrose ischémique de l'intestin paraissant due à une oblitération artérielle à type d'endartérite sans aucun caractère embolique.

Neurinome de l'éminence Thénar. *In Annales d'Anatomie pathologique*, avril 1938.

Nous avons rapporté l'observation d'un malade portant une tumeur de l'éminence Thénar.

Cette tumeur de la taille d'une noix est apparue progressivement. Les traumatismes au niveau de cette tumeur déterminent des douleurs le long du bord radial de l'avant bras-jusqu'au coude.

L'extirpation en a été facile et l'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un neurinome développé vraisemblablement au dépens du rameau thénarien du court abducteur du pouce.

La cause de laparotomies et de lombotomies urgentes et blanches réside souvent dans le thorax (en collaboration avec M. le docteur Couvelaire) (~~sous presse~~). in Soc. méd.-prat. Mai 1939

Si de nombreuses publications ont insisté sur l'origine thoracique de certaines manifestations abdominales, le syndrome lombaire simulateur est moins connu.

Nous avons relaté les observations de deux malades chez lesquels, à la suite d'une lombotomie blanche on a pensé et trouvé une affection thora-

cique qui avait simulé une suppuration de la loge rénale.

Nous avons attiré l'attention sur la gravité de ces interventions en signalant qu'il ne s'agit pas seulement d'opérations inutiles, mais encore d'une intervention dangereuse.

TRAITEMENT DES ADÉNOPATHIES TUBERCULEUSES

PAR L'INJECTION INTRALYMPHATIQUE

DE CHLOROPHYLLE FORMOLÉE EN SOLUTION ÉTHÉRÉE

INTRODUCTION

Ayant entrepris sous la direction de notre maître le professeur agrégé Moure l'étude du traitement des adénopathies tuberculeuses, nous avons été amené à consulter différents travaux français et étrangers.

Il résulte de ces recherches : que Médecins et radiologues, chirurgiens et physiothérapeutes stomatologistes et balnéologues revendiquent des droits égaux sur le traitement de l'adénopathie tuberculeuse c'est-à-dire que ces travaux trahissent nettement l'influence de la spécialité à laquelle appartient chaque auteur.

A lire par exemple certains ouvrages de radiothérapie, on se demande pourquoi tous les malades ne sont pas traités par les rayons X.

Pour d'autres, il apparaît nécessaire de faire systématiquemcnt enlever les dents « même plombées » à tout malade ayant une adénopathie.

Aussi bien, suivant les auteurs devrons-nous envoyer nos malades à la mer, ou à la montagne, les opérer ou les traiter par des injections.

Il faut reconnaître que chacune de ces diverses thérapeutiques enregistre des succès mais aussi des

échecs et il faut bien savoir également que beaucoup d'adénopathies tuberculeuses de l'enfance guérissent spontanément.

Notre action thérapeutique doit donc avoir pour but de favoriser, d'aider ou de provoquer les processus normaux de la guérison spontanée.

Le traitement par les injections de chlorophylle formolée en solution éthérée que nous avons pu étudier et dont nous avons pu suivre les résultats durant notre année d'internat à l'Hôpital Saint-Louis dans le service de notre maître le Professeur agrégé P. Moure nous paraît remplir les conditions.

L'idée de traiter les adénites tuberculeuses par les injections modificatrices n'est certes pas nouvelle mais comme nous le verrons notre masse d'injection nous semble présenter des avantages certains.

Avant d'entreprendre cette étude du traitement des adénopathies tuberculeuses par l'injection de chlorophylle éthérée et formolée nous croyons utile de passer rapidement en revue les résultats et les inconvénients de la plupart des méthodes jusqu'aujourd'hui pratiquées.

CHAPITRE I

ETUDE CRITIQUE DES DIVERSES MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES

Parlons tout de suite de la méthode chirurgicale.

Même ses partisans les plus acharnés ne lui reconnaissent que des indications exceptionnelles. C'est ainsi qu'on a réservé à la chirurgie :

1° la mono-adénite caséïfiante (lymphome tuberculeux) ;

2° les cas d'adénite cervicale extrêmement développée et fistulisée.

Voici les arguments les plus importants en faveur de cette thérapeutique :

1° échec des autres méthodes ;

2° « il est engageant de pratiquer une extirpation radicale qui doit donner d'heureux résultats. »

3° dans les formes fistulisées il est plus tentant encore de supprimer le foyer et les vilaines cicatrices qui en résultent.

Pour la forme mono-ganglionnaire qui a la réputation d'être incurable par les méthodes ordinaires, étant donnée l'absence de la suppuration, nous verrons

que grâce à l'injection de chlorophylle éthéro formolée on arrive à une élimination des produits caséeux et il nous a semblé qu'il y avait intérêt à ne pas hâter cette élimination et à plus forte raison à ne pas enlever chirurgicalement ces ganglions.

Quand aux adénites cervicales fistulisées, on a vu les arguments en faveur de leur ablation ; voici ce qu'écrit à ce propos le Professeur Ombrédanne dans son traité de chirurgie infantile.

« Nous avons renoncé pour notre part à faire l'ablation de ces chaînes ganglionnaires tuberculeuses ; cette ablation est toujours incomplète et il paraît certain que toujours de petits ganglions échappent à l'exérèse. De plus l'intervention laisse fatalement après elle une longue cicatrice dont il y a intérêt à diminuer l'étendue et la visibilité ».

Ajoutons à ceci la difficulté et les dangers d'une intervention chez un malade fatigué dont les ganglions adhèrent souvent aux gros vaisseaux du cou, et gardons comme conclusion que l'intervention chirurgicale n'a que des indications exceptionnelles soit dans des cas rebelles à tout traitement soit pour réparer des cicatrices pas trop disgracieuses.

Radium et radiothérapie

Elles auraient donné des résultats remarquables. Voici les conclusions d'un récent travail (1).

(1) Traitement radiothérapique des adénites tuberculeuses du Pr Dr A. H. Roffs. *Congrès de talassothérapie*, San Sébastian, 1935.

« La radiothérapie est le traitement à suivre pour les raisons suivantes.

1° non seulement pour les bons résultats obtenus mais aussi parce que les progrès techniques évitent les accidents cutanés consécutifs aux applications défectueuses ;

2° parce qu'il y a tendance à limiter le foyer en éliminant les possibilités de diffusion ».

Déjà dans le 1er argument on devine les accidents qu'on côtoie en s'adressant à une telle thérapeutique.

Voici d'ailleurs ce qu'en pense le docteur Richard, chirurgien de l'hôpital maritime de Berck-Plage.

« La radio et radiumthérapie, nous n'en avons vu pour notre part que de médiocres et bien souvent désastreux résultats. A la suite des rayons, lésions cutanées, ulcérations des téguments, suppurations interminables et alors impossibilité de toute chirurgie sont choses courantes.

Signalons quelques bons résultats obtenus par l'injection de l'extrait bacillaire colloïdal du Dr Grimberg ; mais les observations publiées par le Dr Agassé Lafond sont trop peu nombreuses pour qu'on puisse en tirer une conclusion.

Enfin les injections modificatrices et les raisons de leur échec fréquent

Il serait fastidieux de passer en revue tous les produits injectés.

Nous gardons une place d'honneur à la méthode de

Calot qui consiste à injecter une des solutions suivantes :

1° Solution sclérosante	Huile	70
	Ether..........	30
	Créosote	5
	Gaïacol	1
	Iodoforme.......	10
2° Solution fondante	Naphtol camphré.	2
	Glycérine	12

3° Mixture fondante pour les tuberculomes :
Phénol sulforiciné
Essence de thérébentine aa VIII gouttes
Naphtol camphré
Phénol camphré
En injections dans le foyer

Ajoutons que le Pr Ombrédanne propose d'injecter du thymol camphré.

On sait que cette thérapeutique par les injections après avoir connu un succès considérable a perdu énormément de terrain à la suite d'échecs répétés.

Nous avons cherché la cause de ces insuccès thérapeutiques.

Il nous semble que toutes ces masses d'injections ont une action purement locale ; action plutôt nécrosante que sclérosante ; destinée à liquéfier, à ramollir uniquement le ganglion injecté, sans action notable sur les ganglions voisins qui sont toujours plus ou moins attcints et qui à leur tour vont augmenter de volume.

Signalons enfin pour les éliminer les produits contenant de la teinture d'iode et de l'huile d'arachide.

L'injection de ces produits a amené des accidents graves et des cas de mort ont été observés.

D'ailleurs, l'échec thérapeutique a été la règle chaque fois qu'elle a été tentée. Il est vrai que l'insuccès a été attribué à un défaut de technique, mais c'est là un argument trop facile à employer pour que nous puissions en tenir compte.

Enfin la tuberculolinothérapie et la méthode de Jousset n'ont donné que des échecs.

Il nous reste toute une thérapeutique adjuvente :

le traitement médical,

la recherche et l'élimination de la porte d'entrée,

le traitement par les rayons U. V.

Nous en parlerons en indiquant la technique de notre méthode.

CHAPITRE II

PRINCIPE DU TRAITEMENT
MODE D'ACTION

Le but qu'on se propose d'atteindre par cette thérapeutique est triple.

1° Traiter non seulement les ganglions ou le foyer infectés mais, étant donnée la diffusion certaine de la maladie, essayer d'atteindre le plus grand territoire lymphatique possible pour porter le produit dans tous les foyers malades et, par la sclérose du système lymphatique, essayer de limiter l'extension du mal.

2° Détruire le foyer tuberculeux ramolli et éliminer les masses caséeuses.

3° Tout en essayant de respecter l'évolution normale vers la guérison, hâter cette évolution et si possible immuniser du moins temporairement contre la maladie.

Nous allons essayer de résoudre ces trois problèmes

Atteindre le plus grand territoire lymphatique possible

C'est dans ce but que nous nous sommes adressé à

une masse d'injection pénétrante. L'adjonction de l'éther à la chlorophyle formolée qui est préparée sous le nom de lymphosclérol réalise ce but.

C'est en effet l'éther qui rend cette préparation particulièrement pénétrante et nous en avons acquis la conviction en constatant que :

1° Après l'injection d'un seul ganglion de la base du cou, un œdème considérable apparaissait dans tout tout le territoire lymphatique du cou.

2° Par la simple palpation au cours de l'injection on pouvait constater que le produit injecté ne restait pas localisé mais diffusait le long des lymphatiques sur un territoire extrêmement étendu.

3° La preuve *visible* de cette diffusion a été faite plusieurs fois.

Au début, en effet lorsque le lymphosclérol avait l'ambition de bloquer le territoire lymphatique des cancers de la face et de la bouche, notre maître Moure a été amené a injecter ce produit au cours de l'intervention chirurgicale ; c'est ainsi qu'en réséquant des ganglions cancéreux du cou alors que le cou était partiellement disséqué le produit fut injecté à plusieurs reprises dans les ganglions voisins et on constata la diffusion immédiate dans tous les ganglions mis à nu.

4° Des coupes histologiques ont été pratiquées et nous avons constaté que les sinus lymphatiques étaient considérablement dilatés, anormalement longs et la figure N° 1 montre mieux que toute explication la béance des canaux lymphatiques.

Les canaux lymphatiques sont injectés non seulement dans le sens normal de la circulation mais dans le sens rétrograde. En effct au début des recherches, on avait remarqué que l'injection d'un ganglion de

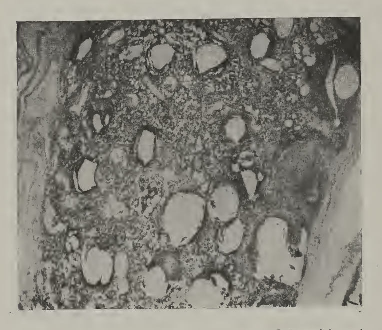


Fig. 1. — Coupe d'un ganglion injecté, prélevé et fixé aussitôt après l'injection. On voit tous les sinus dilatés. Grossissement 50/1 (Coupe 1802-1).

la partie supérieure du cou amenait un œdème de la région parotidienne et parfois même une certaine parésie du nerf facial — parésie toute transitoire d'ailleurs — ce qui prouve l'infiltration de la glande parotidienne.

Il semble que les lymphatiques enflammés ont

un système valvulaire déficient qui permet le reflux rétrograde de la masse d'injection .

Détruire le foyer tuberculeux et amener une sclérose cicatricielle.

Nous croyons que c'est le formol qui joue le rôle

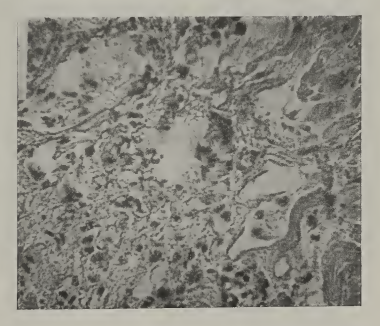


Fig. 2. — Coupe d'un ganglion, un mois après l'injection. La structure du ganglion est complètement disloquée, et l'évolution se fait vers la sclérose. Grossissement 600/1 (coupe 1841).

important dans cette seconde partie du traitement.

Nous n'aurons pas à insister sur le rôle bactéricide et sclérosant du formol. Ce sont des caractères connus de tous et utilisés dans divers cas.

Cette sclérose a été constante chez tous les malades traités et des coupes hystologiques en ont fourni une preuve certaine.

Des coupes de ganglions pratiquées au bout d'un mois de traitement ont montré une structure absolument modifiée avec réaction de sclérose très marquée et la figure n° 2 montre cette sclérose envahissant un ganglion injecté.

D'ailleurs l'injection de ce système lymphatique qui est si facile à la 1re piqûre devient bientôt impossible du fait d'une sclérose et d'une oblitération étendues des canaux lymphatiques.

Dans tous les cas où il existait une fistule tuberculeuse avec ses caractères d'atonie d'aspect humide n'ayant aucune tendance à la guérison, nous avons été étonné qu'après l'injection du produit, les lésions deviennent sèches escarrifiées et l'écoulement de pus tuberculeux se tarisse rapidement.

Tels sont les caractères microbicides et sclérosants que nous attribuons au formol.

Nous signalons enfin le rôle fixateur des produits de destruction microbienne sur lequel nous reviendrons plus loin.

Hater la guérison et essayer d'immuniser plus ou moins temporairement.

Devant les résultats favorables et parfois surprenants de cette thérapeutique, on s'est demandé si l'effet des injections ne dépasse pas la simple action mécanique. Des coupes de ganglions, plusieurs jours

après injection de chlorophyle, ont montré autour des amas de chlorophyle une réaction gigando-cellulaire considérable (voir fig. 3).

Nous pensons que par sa présence au niveau des foyers tuberculeux, par la fixation des produits de

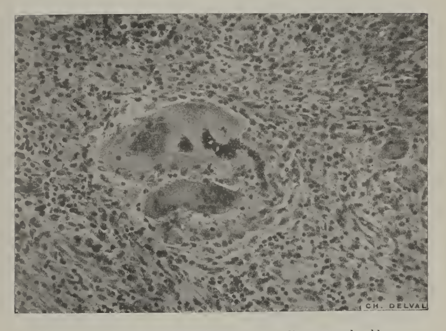


Fig. 3. — Réaction giganto-cellulaire autour d'un amas de chlorophylle formolée.

destruction, elle permet une série de décharges toxiques venant des propres lésions du malade ; ces décharges ou réactions de foyer réveillent l'allergie protectrice endormie et augmentent la résistance de l'organisme atteint.

Expérimentalement, voici ce qui a été constaté à plusieurs reprises :

Le liquide visqueux retiré plusieurs jours après une injection, soit dans un foyer ramolli, soit dans des ganglions enflammés qui se ramollissaient ultérieurement, ne tuberculisait plus le cobaye.

Plusieurs fois des collections fluctuantes injectées par la chlorophyle se résorbaient spontanément.

D'autre part, on sait que les adénopathies tuberculeuses, sur un terrain suffisamment résistant évoluent normalement vers la guérison.

L'évolution normale passe par les 4 stades cliniques de :

Inflammation.
Ramollissement.
Fistulisation.
Sclérose et cicatrisation.

Dans ces conditions il est logique de penser que le meilleur traitement sera celui qui permettra à un organisme déjà préparé à la défense de franchir le plus rapidement possible ces différents stades.

Nous avons remarqué que l'injection de chlorophylle aboutissait à une évolution très comparable à l'évolution normale puisque les 4 stades précités s'observent fréquemment au cours de notre traitement mais la durée de chacune de ces périodes est notablement diminuée.

Des cliniciens éminents et surtout le Pr Marfant ont depuis toujours attiré l'attention sur un degré d'immunisation existant chez des enfants porteurs

d'adénopathie tuberculeuse. Il semble admis que la tuberculose ganglionnaire soit la forme la plus immunisante des tuberculoses évolutives.

En tout cas, s'il est prouvé que les lésions tuberculeuses attribuées à la scrofule se distinguent par leur bénignité relative et par leur pouvoir de conférer au sujet qui les porte en certain degré de résistance à la tuberculose, n'avons-nous pas le droit de nous demander si les phénomènes de lyse et de sclérose que nous produisons, dans les adénites tuberculeuses par nos injections de chlorophylle formolée en solution éthérée ne produisent pas la formation d'un foyer d'immunisation au moins temporaire ?

Nous n'avons, certes, pas la prétention de parler de guérison complète et définitive puisqu'il est prouvé que lorsque le bacille tuberculeux a envahi l'organisme humain, il ne le quitte plus ; *mais par contre s'il faut que persistent dans l'organisme quelques germes atténués pour stimuler et entretenir les processus qui provoquent l'immunité, peut être l'injection de chlorophylle formolée atteint-elle ce but* ?

Il est contestable que les résultats de ces injections dépassent largement l'action mécanique.

Devons-nous penser comme certains qu'il s'agit d'une véritable tuberculinothérapie par voie détournée ? la lyse considérable qu'on constate sur les coupes hystologiques peut-elle faire invoquer une sorte d'auto-bactériothérapie, d'auto-tuberculinothérapie ?

Ou bien faut-il chercher dans la constitution, de la chlorophylle eun explication plus chimique ?

En effet, outre son rôle photosensibilisateur, la chlorophylle est un produit très instable.

Le phytol possède des liaisons éthyléniques qui lui permettent de fixer plus ou moins énergiquement différents corps ; il s'oxyde par exemple simplement au contact de l'air et à la température ordinaire, fixe le brome et l'iode etc.

Il est à noter enfin que par dégradation il donne des corps qui se retrouvent lors du fractionnement de l'hémoglobine.

Quoi qu'il en soit, indépendemment du mécanisme d'action, nous avons toujours remarqué un réchauffement momentané des lésions. Il est donc possible que la création de ces écrouelles artificielles aient une action immunisante au moins passagère.

CHAPITRE III

EVOLUTION DES ADÉNOPATHIES TRAITÉES PAR LA CHLOROPHYLLE

Il nous semble utile de décrire en quelques lignes l'évolution générale des adénopathies traitées par la chlorophylle.

Cette évolution n'est pas toujours la même et change selon la variété de l'affection, la période d'évolution et le sujet.

Dans l'ensemble, nous pouvons dire qu'elle ressemble à l'évolution habituelle d'une adénopathie qui guérirait spontanément. Mais la durée de l'évolution est considérablement diminuée.

Shématiquement, on peut envisager 3 sortes d'évolution :

1º la forme la plus habituelle est la suivante.

I. Un malade présentant une adénopathie non fistulisée est traité par la chlorophylle.

Dans les heures qui suivent l'injection, la Tº *monte* à 38-39º. Un œdèmc plus ou moins marqué apparaît dans toute la région ganglionnaire injectée.

L'examen clinique donne l'aspect d'un véritable

phlegmon. Au bout de 24 à 48 heures, la T° redescend à la normale. L'œdème persiste d'une à deux semaines l'œdème disparaît complètement. Un ou deux ganglions deviennent fluctuants, se ramollissent.

Une injection pratiquée à cette période ramène du pus coloré en vert et nous avons pratiqué l'injection de ce pus au cobaye sans obtenir la tuberculisation.

Souvent par ce trajet de l'aiguille, le pus s'écoule puis au bout d'un temps plus ou moins variable, la guérison est obtenue avec disparition de l'adénopathie.

Signalons tout de suite que dans certains cas, l'orifice d'entrée de l'aiguille ne permet pas au pus trop épais de s'évacuer et nous avons observé des résorbtions spontanées de ce pus. D'autres fois une ulcération apparaît à ce niveau. Il est utile alors d'injecter non seulement les fongosités qui recourent le fond de l'ulcération mais encore de pratiquer une injection intra-dermique de la peau qui l'entoure. Cette peau devient verte, s'escharifie puis les fongosités disparaissent et l'ulcération guérit lentement en laissant souvent une cicatrice souple.

II. Dans une deuxième variété, après l'injection, les phénomènes généraux et locaux sont identiques mais l'évolution ne se fait pas vers le ramollissement et au bout de quatre à cinq injections la guérison s'obtient.

III. Dans une troisième variété les malades sont vus à la période d'ulcération. Alors le traitement et l'évolution sont identiques à la période terminale de la première variété.

IV. Enfin dans les monoadénites tuberculeuses où le ganglion est isolé du reste du système lymphatique, on n'observe en général ni température ni œdème.

On ne peut injecter que très peu de liquide. Au bout de quelques jours, apparaît une escharre sèche, noire, sous laquelle on découvre du pus épais contenant des grumeaux colorés par la chlorophylle. Nous avons vu que l'élimination de ce pus se fait lentement et ne devra pas être hâtée. C'est à la chute d'eschare qu'apparaîtra la cicatrice blanche et souple signant la guérison.

Telles sont les différentes formes d'évolution des adénopathies tuberculeuses traitées par la chlorophylle. Nous en avons vu la diversité. Un caractère commun les unit : c'est le *réchauffement momentané.*

Dans presque tous les cas on voit apparaître des signes généraux et locaux d'abcès réchauffés.

La poussée thermique, l'œdème, l'aspect local des lésions font penser à un véritable phlegmon qui évolue d'ailleurs rapidement vers la cédation.

Enfin ce qui est remarquable c'est le parallélisme existant entre cette évolution et celle des adénites ayant une tendance spontanée vers la guérison.

CHAPITRE IV

INDICATIONS ET TECHNIQUE

Indications. D'après nos observations, il nous est apparu que toutes les adénopathies tuberculeuses sont justiciables du traitement par le chlorophylle.

La période évolutive importe peu et l'action de nos injections est absolument constante au cours de cette évolution.

Nous avons vu que la durée et l'importance du traitement sont fonction de la forme et de la période évolutive de la maladie.

Avant d'entreprendre l'étude de la technique du traitement, il nous semble utile d'attirer l'attention sur un certain nombre de diagnostics qui peuvent être causes d'insuccès.

Nous n'étudierons pas les différentes affections qui peuvent simuler une adénite. Leur diagnostic devra être fait cliniquement ou par tout autre moyen afin d'éviter des injections qui seraient sans action sur elle.

De même les adénopathies d'origine non tubercu-

leuse soit infectieuses, soit cancéreuses, devront être traitées par les moyens habituels.

Nous voulons surtout insister sur les cas d'adénopathies chroniques entretenues par des lésions dentaires.

Deux faits sont importants à savoir.

1° la constatation d'une lésion dentaire même évidente ne permet pas d'éliminer le diagnostic d'adénopathie tuberculeuse ; car ces lésions dentaires en dehors de la porte d'entrée qu'elles peuvent constituer peuvent entretenir une inflammation ganglionnaire chronique sur laquelle se greffe la lésion tuberculeuse.

2° Même lorsqu'on est sur de la nature tuberculeuse de l'adénopathie, un examen dentaire minutieux est nécessaire et nous avons observé plusicurs fois des adénopathies rebelles au traitement qui se sont considérablement améliorées après un traitement stomatologique adjuvant.

Enfin dans tous les cas d'adénopathie cervicale, même lorsque la nature tuberculeuse a été démontrée, il serait utile de faire un examen oto-rhino-laryngologique afin de dépister et de traiter les végétations rhino-pharyngées et amygdaliennes.

Reste la question de l'adénopathie tuberculeuse chez un malade ayant un foyer tuberculeux pulmonaire important où une ostéo arthrite tuberculeuse etc...

Dans ces cas il est bien entendu que le traitement, les injections de chlorophylle intra-veineuse sont en-

core à l'étude et il serait prématuré de juger de leur efficacité.

. Il est évident que le traitement par les injections de chlorophylle ne dipense pas du traitement médical habituel s'adressant à l'état général de ces malades souvent fatigués.

Les rayons U. V. méritent une place à part. Nos malades n'ont pas tous été soumis au traitement par les rayons U.V., mais d'après les observations de notre maître Moure. L'action photosensibilisatrice de la chlorophylle serait un adjuvent intéressant lorsqu'on se décide à pratiquer la thérapeutique par les rayons U. V.

Technique.

Au point de vue thérapeutique, on peut considérer à l'adénopathie tuberculeuse 3 formes principales.

1º *Des adénites chroniques* composées d'un ganglion principal au stade d'hypertrophie congestive, entouré d'un groupe de petits ganglions isolés.

2º *Des masses ganglionnaires* formées de ganglions agglomérés constituant une tuméfaction compacte, entourée de périadénite ;

3º *des adénites fistulisées* avec lésion du tissu cellulaire et de la peau.

Il est évident que cette shématisation est artificielle et que bien souvent les malades sont porteurs de lésions multiples.

Composition du produit

La masse d'injection est une solution éthérée de chlorophylle formolée où notre maître Moure a fait ajouter un puissant anesthésique ou plus exactement un double anesthésique ayant une action calmante très importante. Cet anesthésique comprend un centigramme de paraaminobenzoate d'éthyle et un centigramme de paraaminobenzoate dc butyle par centimètre cube de masse injectée.

Actuellement on peut se procurer la chlorophylle formolée contenant le produit anesthésiant à l'état sec et ce n'est qu'au moment de l'usage qu'on y ajoute l'éther dont la quantité est indiquée par le volume du flacon (30 centimètres cubes). C'est un avantage considérable étant donnée la difficulté du transport des produits contenant de l'éther.

Tel est le produit employé ; voyons maintcnant la technique des injections.

1o *Dans les adénites non fistulisées.*

Repérer un ganglion superficiel ct volumineux. Puis avec une aiguille ordinaire pratiquez l'injection du produit, 2 à 3 centimètres cubes, dans ce ganglion.

Dans la grande majorité des cas, cette injcction est très facile. Le liquide passe par les canaux et se diffuse dans le système lymphatique.

Si l'injection parait difficile, c'est qu'on a affaire à un ganglion exclu auquel cas il faudra l'injecter séparément du reste du système lymphatique dont l'injection sera pratiquée à travers un autre ganglion.

Il cst très important de prévenir les malades de la

possibilité d'une réaction assez violente. Il faut leur conseiller des compresses humides, en cas d'œdème important de la région.

Nous insisterons sur ce fait car nombreux sont les malades qui, non prévenus de la possibilité d'une poussée thermique et de l'œdème, croient leur état aggravé et hésitent à se faire faire d'autres injections.

Il est même plus prudent de les garder au lit le 1er jour de l'injection .Il faut revoir ces malades au bout de 8 jours.

Si la réaction locale est encore importante mieux vaut différer l'injection et attendre 4 à 5 jours. Sinon, pratiquer une autre injection en suivant les mêmes règles, mais cette fois, les réactions locale et générale seront minimes.

Au bout de 15 à 20 jours, on pourra apprécier la tendance évolutive de la maladie.

Quelques malades présentèrent déjà un certain degré de ramollissement au niveau d'un ganglion. Ceux-là évolueront probablement vers la fistulisation.

D'autres ne se ramollissent pas et guériront sans fistule.

Dans les 2 cas il faut continuer les injections de semaine en semaine.

Si une fistule ou une ulcération apparaît, injectez 1 centimètre cube environ dans les fongosités qui recouvrent l'ulcération et pratiquez une injection intradermique au pourtour de la fistule.

La peau devient verdâtre mais rapidement l'ulcération se dessèche, une eschare noirâtre apparaît et

l'évolution se fait vers la guérison avec une cicatrice souvent souple et blanche.

2° *En cas d'adénite fistulisée* il faut :

1° injecter lcs fongosités qui recouvrent les ulcérations,

2° pratiquer une injection intra dermique au pourtour de la fistule,

3° si possible, injectcr un ganglion non fistulisé afin d'atteindre tout lc système lymphatique.

3° *Dans les cas de monoadénite tuberculeuse* l'injection est généralement localisée au ganglion malade et ne passe pas dans le systèmc lymphatique.

Contrairement à l'opinion classique au bout dc 2 à 3 injections le ganglion se ramollit. De véritables amas de pus coloré ont tendance à s'éliminer. Nous ne croyons pas utile de hâter cette élimination. Mieux vaut continuer les injections et peu à peu une eschare noire apparaît, aboutissant à la guérison complète.

Accidents et incidents.

Un accident est possible : nous ne l'avons jamais constaté.

C'est l'injection dans une veine à la place d'un ganglion. Cette erreur ne peut être imaginée si les injections sont faites correctement.

Des incidents sont possibles : Avant tout, nous signalons la possibilité d'une parésie du nerf facial lorsque l'injection a été trop abondante. Elle est dûe à la diffusion dans les ganglions parotidiens.

Pour l'éviter il est utile d'exercer une compression

de la branche montante du maxillaire pendant l'injection.

En tous cas, c'est une parésie toute transitoire, il faut en prévenir les malades.

Mais ce que les malades considèrent souvent comme une complication, c'est l'ascension thermique et l'œdême local qui apparaissent après l'injection. C'est l'évolution normale, et il faut prévenir les malades d'emblée ainsi que de la possibilité d'une évolution vers la fistulisation ou une escharification.

Pendant la durée des injections on peut faire des rayons U. V. et soutenir l'état général des malades par les thérapeutiques habituelles.

OBSERVATIONS

Le nombre des malades soignés par la méthode du Pr Moure est trop grand pour qu'il soit possible de publier toutes les observations.

Aussi publierons-nous un certain nombre qui nous paraissent particulièrement démonstratives pour suivre l'évolution habituelle de ces adénopathies traitées par les injections de chlorophylle.

Après quoi nous donnerons le résultat statistique de toutes les observations du service Moure. Nous détaillerons surtout 3 groupes d'observations.

1° adénopathies dont l'évolution se fait vers la fistulisation ou qui a été traitée après fistulisation,

2° adénopathies non fistulisées,

3° monoadénites.

Groupe I. — Adénites évoluant vers la fistulisation ou déjà fistulisées.

C'est la forme la plus fréquente.

OBSERVATION I

Mme M..., 29 ans, consulte pour une adénite sus-claviculaire durant depuis 6 mois. Elle a été traitée par la radio-

thérapie. Après une diminution passagère, l'adénopathie a recommencé à grossir.

A l'examen : côté gauche, on trouve un gros ganglion sus-claviculaire avec un chapelet de petits ganglions carotidiens. Il n'y a pas de périadénite. L'état général est bon.

1re *injection* le 7/3/35.

On injecte 4 centimètres cubes dans le ganglion le liquide passe très facilement. Le soir, T° à 38°, œdème de la région sus-claviculaire. Au bout de 3 jours, la température est normale l'œdème persiste. Tout le système lymphatique est entouré d'une périadénite considérable. Mais au niveau du ganglion ramolli, une ulcération est apparue. On pratique une injection des fongosités de l'ulcération. Deux autres injections sont pratiquées à 1 semaine d'intervalle. La guérison est obtenue au bout de 2 mois avec cicatrice blanche et peu visible.

OBSERVATION II

Mme T..., 33 ans, consulte pour une adénopathie cervicale ayant débuté depuis 3 ans. Elle présente une adénite multifistuleuse avec en particulier 3 ulcérations dans la région sous-angulo-maxillaire gauche 1re injection le 13 octobre... l'injection est poussée d'abord dans un ganglion non fistulisé, on injecte 2 centimètres cubes de produit puis chaque ulcère est injecté à son tour. Le soir la T° est à 38° et un œdème discret du cou est apparu.

Au bout de 15 jours, nouvelles injections. Au bout de 4 mois, les fistules sont taries des cicatrices blanches et souples ont remplacé les ulcérations.



M. T. 14 ans, après 2 mois de traitement.

OBSERVATION III

M. Yves G..., 43 ans. Adénopathie cervicale avec grosse périadénite et fistule de la région sous-angulo maxillaire. 1re injection le 25-11-34, le soir, T° à 38°5, le cou est très œdématié. Le malade est hospitalisé. Au bout d'une semaine, les signes locaux ont diminué. Nouvelle injection. Puis des injections régulières tous les 15 jours.

Au bout de 4 mois la guérison complète est obtenue. Depuis, nous avons eu des nouvelles de ce malade qui a repris son travail et se porte bien.





Monsieur Yves G..., 43 ans. Adénite cervicale fistulisée avec grosse péri-adénite. Guérison obtenue en 5 mois. Résultat actuel.

OBSERVATION IV

Mlle A. A..., 22 ans, consulte pour une adénopathie sous-moxillaire et sus-claviculaire avec fistule multiples. On injecte un ganglion et les fongosités au fond des ulcérations. On pratique une injection intradermique autour des fistules. Le soir, T° à 38°. Œdème local. En 15 jours les fistules sont taries les ulcérations prennent un aspect d'eschare sèche colorée en vert. Au bout de 8 injections la cicatrisation complète est obtenue. Cette femme nous a écrit qu'elle se porte toujours bien.

OBSERVATION V

M. A. G..., 19 ans, consulte pour une adénopathie sous-angulo-maxillaire et carotidienne.

Le 12-4-34 on commence des injections le soir T° à 38°5, œdème.

Au bout de 4 injections pratiquées de semaine en semaine, l'adénopathie sous-maxillaire a complètement disparu. Au bas du cou, un ganglion est ramolli. A ce niveau une eschare apparaît. 4 autres injections sont pratiquées. Au bout de 3 mois, l'eschare a fait place, à une cicatrice souple. La guérison est obtenue. Le 5 juin 1935, il écrit une lettre disant qu'il a engraissé de 10 kilos et a été accepté pour le service militaire.

OBSERVATION VI

M. B. A..., est envoyé dans le service par le Dr Boppe. Début de l'affection en juillet 1934 on le voit en mai 1935. Il présente une adénopathie rétro-angulo-maxillaire avec

fistule. Il a déjà été traité par les rayons U. V. Il a été ponctionné plusieurs fois. L'exploration montre une fistule de 6 centimètres de long. L'injection des ganglions montre que le liquide revient par la fistule. On pratique 6 injections espacées de 15 jours à 1 semaine le 12-5-35 la guérison complète est obtenue mais il perisste une cicatricc rétractile.

OBSERVATION VII

M. B. A..., 48 ans, vient consulter pour une énorme masse sous-claviculaire suppurée avec fistule. L'état général est fortement altéré. Ce malade soigné depuis longtemps par diverses méthodes a vu son état s'aggraver progressivement. Le 18-1-35 on pratique une injection des ganglions le produit passe très facilement. On pratique l'injection des fongosités et une intra-dermique autour de l'ulcération.

Des injections régulières tous les 15 jours. Au bout de 3 mois, ce malade est guéri avec cicatrice blanche, et souple. Il nous a écrit qu'il se porte bien et a repris son métier.

OBSERVATION VIII

Mme B..., 25 ans, est envoyée dans le service par le Dr Bloch. Elle présente une adénopathie fistulisée en avant du trapèze. Elle est traitée depuis 1 an par de multiples moyens. Les injections sont commencées dans les ganglions et les fitules. Après une réaction passagère la malade guérit au bout de 2 mois. Un mois plus tard elle revient : sa fistule s'est réouverte ; on recommence les injections. Elle guérit rapidement après 3 injections avec une cicatrice correcte. Nous avons revu cette malade, elle reste guérie.

OBSERVATION IX

M. B. C..., 54 ans, vient pour une adénopathie cervicale Toute la gouttière carotidienne est comblée par une adénopathie avec périadénite adhérant en profondeur. Une cicatrice de fistule ancienne est observée. Mais ce qui est plus important, c'est qu'il s'agit d'un diabétique avec glycosurie avec augmentation de glycémie sans acétonémie. Une première injection est pratiquée. Le soir, la T° est à 40. Un œdème considérable est apparu. On hospitalise le malade pendant 3 jours. La T° reste élevée mais avec tendance à diminuer ; le 3e jour la T° est normale.

Des injections sont pratiquées régulièrement tous les 15 jours. Au bout de 2 mois, le volume de l'adénopathie a considérablement diminué. Au bout de 6 mois le malade est complètement guéri.

Il a toujours une glycémie à 2,60, une glycosurie à 45.

OBSERVATION X

M. J..., 40 ans, présente une masse ganglionnaire carotidienne avec quelques ganglions ramollis. Son état général est très déficient. Son anémie nous fait faire un examen hématologique on trouve :

29-10-33 :

G. rouges	3.700.000
G. blancs........................	12.000
Poly	72 %
Lympho	2 %

On pratique une injection des ganglions carotidiens ; après un jour de T° à 38 le malade quitte l'hôpital. Des in-

jections régulières sont pratiquées. Un mois après on pratique un nouvel examen hématologique. On trouve :

G. R.	4.160.000
G. B.	18.000
Poly	59 %
Lympho	2 %

Le traitement amène une amélioration considérable des lésions locales. Deux mois après le début du traitement le malade est complètement guéri.

Un examen hématologique montre :

G. R.	4.240.000
G. B.	14.000
Poly	69 %
Lympho	2 %

OBSERVATION XI

M. M..., présente une adénopathie rétro-angulo-maxillaire ramollie. On commence les injections. Au bout de 2 mois une eschare est apparue mais le volume de l'adénopathie est considérablement diminué.

Un mois plus tard l'eschare tombe laissant une cicatrice blanche et souple.

Telles sont les malades que nous avons classés dans un groupe qui réunit la majorité des cas. Nous pourrions multiplier les observations mais elles sont identiques à celles que nous avons apportées.

Nous faisons remarquer que presque dans tous les cas, après la 1re injection la T° monte au dessus de 38° et un œdème considérable est apparu, que d'autre part dans de nombreux cas une eschare s'est formée après l'injection.

Enfin dans plusieurs de ces observations on remarquera que les malades étaient porteurs de cette adénopathie depuis fort longtemps et qu'ils avaient souvent essayé la plupart des traitements habituels.



Marie Tr..., 33 ans. Adénite cervicale droite multifistuleuse ayant débuté en 1928. Début du traitement par injections locales de lymphosclérol le 13 octobre 1934. Cicatrisation des lésions le 7 février 1935.

Signalons l'observation n° 9 où il s'agit d'un diabétique. Ceci n'a pas empêché le traitement et la guérison ; l'état général du malade s'était d'ailleurs fortement amélioré à la fin du traitement quand à l'observation n° 10, elle semble montrer le rôle antianémique de la chlorophylle.

Groupe II. — Adénopathies non fistulisées.

OBSERVATION I

M[lle] A..., 26 ans, présente une micropolyadénopathie de la région cervicale. Des 2 côtés on trouve la chaîne carotidienne envahie. L'état général est bon. On pratique une injection de 1 centimètre cube de liquide qui diffuse rapidement.

Le soir la T° est à 40° l'œdème du cou est considérable. Le lendemain une masse de périadénite a envahi toute la région cervicale. A 15 jours d'intervalle on pratique 3 injections. La guérison complète est obtenue en 2 mois. Cette malade nous a écrit elle se porte bien.



Germaine Ba..., 22 ans. Adénite sous-maxillaire droite, évoluant depuis 8 mois. Début du traitement le 30 juin 1934. Guérison obtenue en octobre 1934. Résultat actuel.

OBSERVATION II

Mme G..., B. 22 ans. Consulte pour une adénite sous-maxillaire qui dure depuis 8 mois. L'examen montre un bon état général ; une masse ganglionnaire occupe la région sous-maxillaire droite. Une injection de 2 centimètres cubes est pratiquée. La T° monte à 40° le soir. L'œdème augmente mais reste localisé à la région sous-maxillaire. Des injections sont pratiquées tous les 15 jours. Au bout de 6 mois la guérison complète est obtenue sans fistulisations.

OBSERVATION III

Mme B. M..., 20 ans. Depuis 4 ans présente une masse ganglionnaire occupant les 2 côtés du cou. A droite la masse ganglionnaire occupe la région carotidienne. A gauche, un ganglion est particulièrement apparent. La peau à ce niveau est rouge. Le ganglion ramolli a déjà été ponctionné. Une injection est pratiquée dans ce ganglion puis 3 autres injections espacées de 15 jours. La masse ramollie se résorbe. Le reste du système ganglionnaire évolue vers la guérison et au bout des mois la guérison est obtenue sans fistulisation

OBSERVATION IV

Mme B..., 25 ans, envoyée par le Dr Flandin présente une adénopathie diffuse des 2 triangles sus-claviculaires. Les 2 régions sus-claviculaires sont occupées par des ganglions avec périadénite.

L'affection évolue depuis 4 ans et toutes les thérapeutiques habituelles ont été tentées.

Une injection est suivie de T° à 38° d'un œdème considé-

rable des 2 côtés. Puis 5 injections sont pratiquées espacées de 15 jours. La guérison complète est obtenue. Cette malade nous a donné de ses nouvelles depuis sa guérison elle a eu une grossesse qui a évolué absolument sans incident alors que des grossesses antérieures avaient donné lieu à des accidents fort inquiétants.

OBSERVATION V

Mme B... Marie, consulte pour une adénopathie sous-maxillaire. A l'examen on trouve une masse fluctuante montrant des ganglions ramollis. Une injection est pratiquée. Le soir, la T° est à 38°5, l'œdème est considérable. 4 injections sont pratiquées, l'évolution se fait rapidement vers la guérison sans fistule ni eschare.

OBSERVATION VI

M. C..., 35 ans, vient pour une adénopathie sous angulo-maxillaire qui évolue depuis 3 ans. On pratique une injection dans un des ganglions. La diffusion se fait rapidement et sous nos yeux apparaît une petite paralysie faciale ave légère parésie de la lèvre inférieure. Le soir la T° est à 39°, un gros œdème est apparu. Le malade revient au bout de 15 jours, l'œdème a diminué, la paralysie faciale a disparu.

Après 6 injections la guérison complète est obtenue sans fistule.

OBSERVATION VII

F..., 43 ans. Ce malade a toujours eu des ganglions dans la région cervicale. L'examen montre un chapelet gan-



Madame B. M. Adénopathie cervicale ayant débuté depuis 4 ans.
Résultat au bout de 4 mois de traitement.

glionnaire occupant les 2 gouttières carotidiennes. Des cicatrices de fistules qui datent de 3 ans. On pratique une injection qui est suivie d'une réaction considérable avec T° à 40°, œdème ; mais à notre grand étonnement il guérit très rapidement après 2 injections.

Deux ans après il nous a écrit une lettre indiquant qu'il reste toujours guéri et qu'il a augmenté de 7 kilos.

OBSERVATION VIII

M. G..., consulte pour une adénopathie carotidienne et rétro carotidienne. A l'examen on trouve des ganglions le long de la gouttière carotidienne et une masse profonde en continuation avec les ganglions de la gouttière. Une injection se diffuse très facilement. Mais immédiatement après apparaît une voix bitonale, incident que nous attribuons à une compression du nerf laryngé par l'injection ganglionnaire.

D'ailleurs avec la disparition de l'œdème la voix redevient claire.

Au bout de 5 injections la guérison complète était obtenue.

OBSERVATION VIII

D..., 19 ans, vient pour une adénopathie qui a débuté depuis plusieurs années. Il s'agit d'une adénite carotidienne. On pratique une injection, le lendemain un bloc induré est apparu occupant toute la gouttière carotidienne.

Après 3 injections la guérison complète est obtenue. Ce malade a écrit qu'il est en excellente santé.

Telles sont quelques observations du groupe 2. Nous faisons remarquer que 2 fois la diffusion trop facile du produit a donné des signes de compression nerveuse, accident qu'on peut éviter par les manœuvres que nous avons déjà indiquées.

On voit que certains malades sont guéris sans fistule même lorsqu'ils avaient des ganglions déjà ramollis.

Enfin d'une façon générale l'œdème a été plus considérable que dans les formes fistulisées.

Groupe III. — Monoadénites tuberculeuses.

OBSERVATION I

B... D., consulte pour une masse à la partie inférieure du creux sus-claviculaire.

L'examen montre qu'il s'agit d'un ganglion gros comme une noix roulant sous le doigt, sans périadénite. Il est légèrement fluctuant. Une injection est pratiquée. Elle n'est accompagnée ni d'œdème ni de poussée thermique.

Au bout de 3 injections une ulcération apparaît qui est à son tour injectée. C'est une ulcération sans fongosités. Rapidement elle évolue vers la guérison.

OBSERVATION II

D..., 55 ans, consulte pour une adénopathie sus-claviculaire. Il s'agit d'un gros ganglion sans périadénite. Des in-

jections sont pratiquées. Au bout de 3 injections, l'adénopathie est guérie sans fistulisation.

Il nous a écrit, se porte bien et reste guéri.

OBSERVATION III

G..., 24 ans, consulte pour une adénopathie sus-claviculaire l'examen montre qu'il s'agit d'un ganglion gros comme une noix entouré de périadénite. Cette adénopathie évolue depuis 3 mois. Actuellement elle est légèrement fluctuante.

Une injection est pratiquée et n'amène aucune réaction générale.

Au bout de 15 jours, nouvelle injection alors apparaît une ulcération laissant échapper des amas purulents.

Puis une eschare apparaît dont la chute correspond à la guérison. Revue au bout de 6 mois elle reste guérie.



Madame K., 24 ans. Monoadénite tuberculeuse, guérie après 4 injections.

STATISTIQUES

Nous ne multiplions pas les observations du groupe 3. Signalons seulement qu'on les voit rarement et qu'elles sont parfaitement guérissables par la méthode des injections intralymphatiques.

Dans le service du Pr agrégé Moure, 263 malades ont été traités par les injections de chlorophylle éthérée et formolée. Sur ces 263 malades : 118 ont guéri, 40 sont en cours de traitement dont plusieurs sont très près de la guérison, 99 ont été perdues de vue.

Nous allons revenir sur ces cas.

4 fois, après la 1re ou 2e injection on s'est aperçu qu'il s'agissait d'une erreur de diagnostic.

Deux fois il s'agissait d'une adénopathie cancéreuse, l'aiguille ramena du liquide sanglant.

Deux fois il s'agissait de kystes dont l'ablation a amené la guérison. Enfin une fois l'état général du malade a nécessité l'intervention chirurgicale et l'ablation de la chaîne ganglionnaire.

Un malade était complètement guéri, il est revenu avec une récidive.

Il s'agit d'un Indochinois qui présentait une adéno-

pathie multifistuleuse. Après 4 mois les fistules étaient taries lorsqu'il est parti à la campagne.

6 mois plus tard, il nous revient avec des fistules multiples avec adénopathie occupant tout le territoire lymphatique du cou et un état général très déficient.

Le traitement a été repris mais il ne semble pas actuellement qu'il y ait de progrès dans le sens de la guérison.

Sur les 99 malades perdus de vue, plus de la moitié ne sont pas revenus après la 1re injection et nous pensons que l'apparition de la T° et de l'œdème ont été la cause de cet abandon dc thérapeutique. C'est pourquoi nous insistons sur la nécessité de prévenir les malades de cette éventualité.

Dans l'autre moitié certains étaient presque guéris quand ils ont cessé de revenir à la consultation.

Malheureusement, des lettres écrites restent souvent sans réponse. Mais on peut espérer que beaucoup de ceux qui ne répondent pas sont guéris. Nous en avons acquis la certitude dans certains cas.

Tel est le cas dc ce malade qui, complètement guéri avait repris son métier, ce qui l'avait amené en prison, et notre lettre nous a été renvoyée par l'administration qui nous rassurait d'ailleurs sur l'état de santé de notre client.

Telles sont les statistiques que nous avons pu contrôler. Espérons que la généralisation de cette thérapeutique permettra bientôt de mieux purger les résultats qu'on est en droit d'en attendre.

CONCLUSION

1° Des traitcments nombreux et variés revendiquent actuellement des droits égaux dans la cure des adénites tuberculeuses et chacune de ces thérapeutiques engegistre des succès certains mais aussi des insuccès.

2° Il faut avoir également que de nombreuses adénites tuberculeuses de l'enfance guérissent spontanément.

3° Notre action thérapeutique doit donc avoir pour but de favoriser, d'aider ou de provoquer, les processus normaux de la guérison spontanée.

4° Parmi toutes les thérapcutiques actives, celle des injections nous paraît pouvoir réaliser ce but, mais les masses d'injection essayées jusqu'à ce jour, ont l'inconvénient d'avoir une action purement locale et d'être plus nécrosantes quc sclérosantes.

5° La masse d'injection dont nous faisons usage, est une solution éthérée de chlorophylle formolée préparée sous le nom de lymphosclérol.

6° Nous avons vu que les indications thérapeutiques s'appliquent à toute adénopathie dont l'origine tuberculeuse est prouvée et que malgré l'état général

déficient de certains malades cette thérapeutique a pu être appliquée avec succès.

7° La technique des injections a été longuement étudiée au chapitre 5. Elle consiste surtout en une injection de 2 à 4 centimètres cubes de chlorophylle dans le ganglion le plus accessible et de répéter ces injections tous les 15 jours environ.

8° Les résultats de cette thérapeutique se sont montrés fort encourageants et assez régulièrement la guérison est obtenue entre 2 et 4 mois.

9° Nous n'avons certes pas la prétention de parler de guérison complète et définitive puisqu'il est prouvé que lorsque le bacille tuberculeux a envahi l'organisme humain il ne le quitte plus. Mais par contre, s'il faut que persistent dans l'organisme quelques germes atténués pour stimuler et entretenir les processus qui provoquent l'immunité, peut-être l'injection de chlorophylle formolée dans les foyers ganglionnaires atteint-elle ce but ?